

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N° 396

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Louis BUGAUD

Né le 8 Février 1909, à Saint-Briac (Ile-et-Vilaine).

SUR UN CAS DE CANCER
DUODÉNO-VATÉRIEN
CHEZ UNE FEMME DE 25 ANS

Président : M. LEROUX, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Editeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

300



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552809_0114

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEÉ 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Louis BUGAUD

Né le 8 Février 1909, à Saint-Briac (Ile-et-Vilaine).

SUR UN CAS DE CANCER
DUODÉNO-VATÉRIEN
CHEZ UNE FEMME DE 25 ANS

Président : M. LEROUX, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVY-SOLAL.
Clinique thérapeutique médicale	MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	HARVIER.
Clinique propédeutique	LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose	Pierre Duval.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	M. VILLARET.
Clinique de cardiologie	TROISIER.
Clinique de neuro-chirurgie	MATHIEU.
Assistance Médico-sociale	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..		BASSET	
BRULE		BROCO	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		de GAUDART ..	
DONZELOT	Clinique	d'ALLAINES ..	Clinique
DUVOIR	médicale.	LEVEUF	chirurgicale.
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) ..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	
METZGER	
PORTES	Clinique
VIGNES	obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER LEROUX

Professeur d'Anatomie Pathologique
à la Faculté de Médecine

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL FULGRAND
Directeur du Service de Santé du XXI^e Corps d'Armée

A MON MAITRE

LE DOCTEUR F. BUSSER

Chirurgien de l'Hôpital de Montfermeil

Chef des Travaux pratiques d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOURNAY

Médecin-Chef de l'Hôpital de Montfermeil

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIDAL-NAQUET

Chirurgien-assistant à l'Hôpital de Montfermeil

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANTONIN GOSSET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE.

(In Memoriam)

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ.

(In Memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET.

MONSIEUR LE DOCTEUR COSTE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUNAY.

MONSIEUR LE DOCTEUR BASCH.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUÉZY.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DIGONNET.

MONSIEUR LE DOCTEUR FAVORY.

MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMANT.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BENAERTS *(In Memoriam)*, LASCAUX, MILLET.

A MES COLLÈGUES ET AMIS

DEGUEL, DESMAZES, LECUDONNEC

LINGLIN, TROMPETER

AUX OFFICIERS DU GÉNIE 121/2

Sur un cas de Cancer duodéno-vatérien chez une femme de 25 ans

INTRODUCTION

Epithélioma duodéno-vatérien chez une femme de 24 ans, localisation cancéreuse aussi exceptionnelle que l'âge de la malade, ce sont des faits qui nous ont paru mériter une étude particulière, sans compter les erreurs de diagnostic qu'ils ont provoquées, sans parler des difficultés d'interprétation soulevées par l'examen post-mortem.

Après avoir exposé l'observation qui fait l'objet de ce travail, nous discuterons les éléments du diagnostic clinique et nous verrons ensuite comment les caractères anatomiques peuvent s'interpréter.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION CLINIQUE

Le 17 juillet 1936 entre à l'hôpital de Montfermeil, dans le service de médecine (Docteur GOURNAY), une femme de 24 ans, envoyée par son médecin avec le diagnostic : « Ictère ».

La maladie a débuté insidieusement, environ deux mois auparavant : asthénie, amaigrissement, anorexie, sans aucune douleur, sans aucun trouble digestif.

En juin 1936 surviennent brusquement des phénomènes douloureux extrêmement violents : sensations de crampes, de brûlures, de broiements, siégeant à l'épigastre, irradiant dans les hypochondres, résistant à toute médication, durant continuellement et ne laissant à la malade que peu d'instantes de repos relatif.

A ces douleurs s'ajoutent, vers le 10 juillet, des troubles digestifs : nausées, vomissements, constipation, cependant qu'apparaît un ictère, d'abord léger, puis de plus en plus net .

Pendant ces deux mois, l'état général a été très touché, l'amaigrissement particulièrement sévère.

A l'entrée, on constate un ictère franc des téguments et des muqueuses, avec décoloration des matières, urines acajou, prurit, sans bradycardie, sans fièvre.

L'examen physique ne fournit guère de renseignements : langue saburrale, foie de volume normal, vésicule non perceptible, absence de points douloureux épigastriques, vésiculaires, pancréatico-cholédociens : en somme abdomen en tous points normal, comme d'ailleurs les autres appareils.

On se trouvait donc en présence d'un ictère par rétention sans aucun autre signe objectif. Rien dans les antécédents ne rappelait une histoire lithiasique. Diverses radiographies n'apportèrent aucun renseignement important, non plus d'ailleurs que les examens de laboratoire : réactions de HAY et de GMELIN positives dans les urines, glycosurie transitoire; anémie à 2.500.000 G. R. avec leucocytose à 17.400; temps de saignement et de coagulation normaux; azotémie à 0 gr. 25 p. 1.000.

Un traitement d'attente : calomel, belladone, lavements froids, régime, ne provoque aucune amélioration. Au contraire, l'ictère s'accroît, l'amaigrissement augmente, l'état général décline rapidement. En outre, la température, normale à l'entrée (17 juillet), atteint 38° le sixième jour (23 juillet), puis augmentant peu à peu, présente à partir du 27 juillet de grandes oscillations :

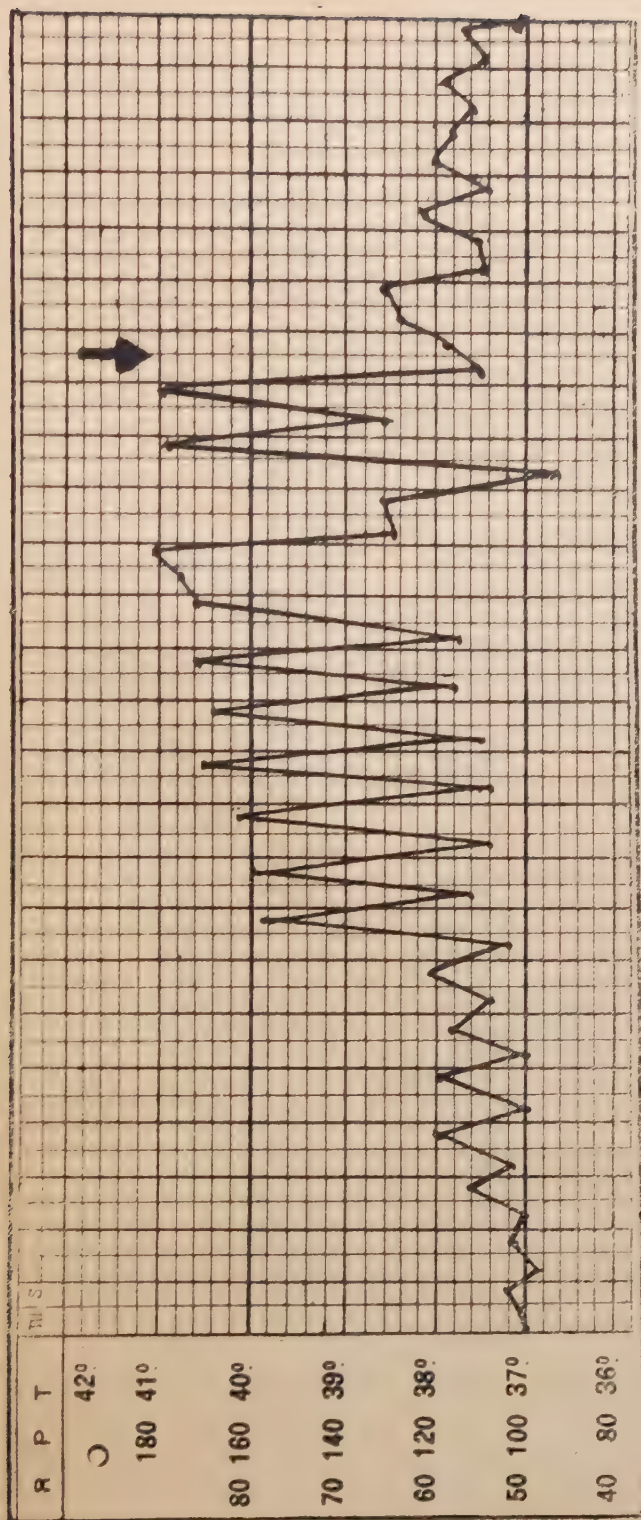


Fig. 1. Courbe thermique

37°5 le matin, près de 40° le soir, et atteint 39°7 le 3 août dans la matinée. (Voir ci-contre la courbe thermique.)

On pense alors qu'il s'agit d'une lithiase en voie d'infection et on décide d'intervenir. (Docteur BUSSE).

Le 7 août 1936, sous anesthésie à l'éther, on fait une laparotomie suivant l'incision de KERR : le foie déborde le rebord costal d'un travers de main; il est de couleur vert foncé avec d'innombrables et minuscules taches orangées. La vésicule, distendue, a le volume d'une banane. Le cholédoque est aussi gros qu'une anse grêle, avec des parois épaisses et dures. L'exploration par l'hia-tus de WINSLOW puis par l'arrière cavité des épiploons, après décollement colo-épiploïque, ne fait sentir aucun calcul.

La vésicule est ponctionnée, puis enlevée. Le cholédoque, largement ouvert jusqu'au bord supérieur du duodénum, est exploré au doigt, sans résultat. Un explorateur métallique, à boule, donne l'impression de toucher un calcul, mais on ne trouve rien avec la pince tire-balle; on sent seulement des nodosités très dures, qui sont peut-être des ganglions rétro-duodénaux. Le duodénum lui-même paraît souple, en tous points normal.

Drain en T dans le cholédoque, mèches garnies de cellophane sous le foie; fermeture. Transfusion de 350 cc. après l'intervention.

Rétention biliaire évidente : aspect du foie, disten-

sion de la vésicule et du cholédoque, dûs à un calcul de l'ampoule de VATER, non retrouvé mais peut-être expulsé par l'explorateur métallique; infection secondaire expliquant la fièvre, aussi bien que l'adénopathie rétro-duodénale; telles furent les conclusions auxquelles on crut pouvoir se rattacher.

Les suites opératoires furent sans complication, et cependant l'état général ne s'améliora que lentement : ictère longtemps persistant, selles décolorées, augmentation de poids peu importante. Mais les douleurs, les troubles digestifs, la fièvre, disparurent aussitôt après l'intervention, ce qui parut confirmer le diagnostic.

Lorsque la malade quitte l'hôpital, le 15 novembre 1936, son état est satisfaisant. Elle a repris du poids, mange normalement, se sentirait normale si la fistule biliaire, persistant toujours, ne l'incommodait pas un peu. On note, à ce moment, que les selles restent toujours décolorées.

Pendant trois mois, on n'entend plus parler de cette malade. Elle rentre, sans qu'on l'ait revue, le 27 février 1937, dans un état de cachexie avancée. Extrêmement maigre, elle n'a plus la coloration jaune safran de l'ictère, mais une teinte jaune très pâle, avec décoloration complète des muqueuses. D'ailleurs la fistule biliaire coule toujours.

La constipation a fait place à une diarrhée profuse. Dès vomissements sont apparus. L'intolérance gastrique

est absolue. Le foie est gros et douloureux. Il n'y a pas d'ascite. Un examen de sang montre une azotémie à 0 gr. 15; une anémie très prononcée : 1.720.000 G. R., et 11.400 leucocytes dont 70 p. 100 de polynucléaires neutrophiles, avec anisocytose, polychromatophilie et présence de pigments biliaires dans le sérum.

Un examen radiographique révèle une sténose pylorique incomplète.

La malade décline à vue d'œil et meurt le 27 mars 1937 dans un état de déchéance organique indescriptible.

AUTOPSIE.

L'examen post-mortem a dû se limiter à la cavité abdominale.

Le foie, très gros (3 kilos) contient de très nombreux nodules néoplasiques, donnant l'aspect classique du « foie marronné ». L'estomac est dilaté. Colon et grêle, rate, reins, organes génitaux sont normaux. On prélève le duodénum et le pancréas.

La première partie du duodénum, très dilatée, adhère à la vésicule biliaire; celle-ci est fistulisée à la peau par un trajet intra-pariétal de 3 centimètres. L'ensemble du duodénum et du pancréas pèse 145 grammes.

Extérieurement, le duodénum paraît normal, à la vue comme au toucher. Le pancréas, très dur, semble rétracté par une sclérose importante. Le cholédoque est plus gros

que le pouce. A sa gauche, on voit, au bord supérieur du pancréas, deux gros ganglions; on en trouve encore deux autres un peu plus bas, l'un immédiatement au-dessus de l'émergence des vaisseaux mésentériques supérieurs; l'autre au bord inférieur de la tête, au contact de la troisième partie du duodénum. Tous ces ganglions ont environ la taille d'une amande, sont très durs, mais adhèrent peu aux organes qui les entourent.

Le duodénum étant ouvert dans toute sa longueur, on trouve dans la deuxième portion une grande ulcération de 5 à 6 centimètres de diamètre, de forme à peu près arrondie. Les bords, à peine saillants, sont souples; le fond, nécrotique, ne dépasse pas la musculature; extérieurement, rien ne traduit la présence de cette ulcération qui, dans l'ensemble, répond à la paroi postérieure du deuxième duodénum.

Une sonde, poussée dans le cholédoque, de haut en bas, sort au centre de l'ulcération, sans rien qui rappelle l'existence de l'ampoule de VATER.

Le pancréas, dont le volume n'est pas augmenté, est plus pâle que normalement. Sa consistance est dure, grenue. La section montre une sclérose qui fait exagérément ressortir la lobulation de l'organe. Le canal de WIRSUNG, dilaté dans la tête du pancréas, est complètement oblitéré à sa terminaison, dans la paroi du duodénum, sans qu'on puisse retrouver son émergence.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. (Docteur BUSSER.)

Nous décrirons tout d'abord la *structure générale* de toutes les formations néoplasiques, structure absolument univoque dans tous les fragments examinés, quelque ait été le siège du prélèvement.

Nous indiquerons ensuite les *modifications* que la tumeur a fait subir aux différents organes atteints : duodénum, pancréas, ganglions lymphatiques, foie.

a) — STRUCTURE GÉNÉRALE

Tumeur constituée de nodules néoplasiques, bien limités et de tailles variables suivant les points étudiés. Ces nodules sont limités par de minces cloisons fibreuses.

Les cellules cancéreuses disposées en formations tubuliformes irrégulières, souvent dilatées, microkystiques, sont hautes, cylindriques, fréquemment caliciformes, et possèdent presque partout une sécrétion mucicarminophile que l'on trouve dans la plupart des cavités, aussi bien que dans les cellules mêmes. Les mitoses ne sont pas rares, comme les anomalies cellulaires.

L'aspect général rappelle celui des épithéliomas digestifs, à type intestinal, épithéliomas cylindriques tubuliformes avec sécrétion mucoïde.

Le stroma conjonctif qui joint les formations néoplasiques est peu important, et sans réaction particulière. Nulle part, même dans le voisinage des points ulcérés,

il ne contient d'éléments inflammatoires. Donc, stroma indifférent dans l'ensemble.

MODIFICATIONS DES ORGANES.

Duodénum. — Au bord de l'ulcération, le revêtement intestinal disparaît brusquement pour faire place à des formations cancéreuses nécrosées. La perte de substance est peu profonde, et la dénivellation insignifiante entre la muqueuse duodénale et le fond de l'ulcère. Celui-ci est entièrement constitué par le tissu néoplasique qui, de plus, envahit latéralement très loin la sous-muqueuse, sous la musculaire-muqueuse respectée, infiltre en profondeur tous les interstices cellulux de la musculuse, et atteint finalement le pancréas, non sans avoir au passage occupé de nombreuses petites formations lymphoïdes.

Pancréas. — A distance du duodénum, on note une sclérose prononcée, qui accentue l'architecture lobulée de la glande, ainsi qu'une très nette dilatation de tous les canaux excréteurs.

Au voisinage de la lésion, des coulées épithéliomateuses envahissent le pancréas, se propageant uniquement le long des vaisseaux et nerfs, paraissant se glisser entre les lobules glandulaires, qui d'ailleurs ne manifestent aucune réaction particulière à leur contact.

Ganglions. — Prélevés les uns au bord supérieur du corps du pancréas, en dedans du cholédoque, les autres

sur la face antérieure de la tête, au contact des vaisseaux mésentériques supérieurs, ils contenaient tous des métastases, tantôt massives, totales, tantôt réduites à un envahissement discret du sinus marginal. Seul un gros ganglion, situé au-dessus des vaisseaux mésentériques, ne montrait que des lésions inflammatoires.

Foie. — Les métastases n'avaient ici aucun caractère particulier. A noter dans tout l'organe une dégénérescence grasseuse très prononcée et essentiellement localisée à la zone péri-sus-hépatique.

EN RÉSUMÉ, l'examen histologique fait reconnaître un épithélioma intestinal typique, avec envahissement du pancréas, et métastases ganglionnaires et hépatiques.

La structure, très banale, est celle que l'on constate le plus souvent dans les tumeurs du tube digestif sous-diaphragmatique, intestin avant tout, mais aussi estomac et voies biliaires.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Nous avons indiqué plus haut le peu d'indices fournis par l'intervention chirurgicale sur l'existence du cancer duodénal. Nous pourrions dire l'absence d'indices, car la dilatation du cholédoque, la présence de quelques ganglions lymphatiques augmentés de volume n'étaient que des caractères bien indirects. Mais l'examen anatomique et histologique lui-même n'a pas pu nous indiquer le point de départ de la tumeur.

On a donné il est vrai des caractères macroscopiques et microscopiques différents suivant la variété duodénale ou vatricienne. Le cancer duodénal, vu par sa face péritonéale, se présenterait « sous l'aspect d'une masse irrégulière, tomenteuse, ratatinée, striée de dépôts fibrineux et rattachée par des adhérences superficielles aux tissus voisins. A l'ouverture de l'intestin, on trouve tantôt un placard cancéreux, gros comme une mandarine enchâssé dans l'intestin, tantôt un anneau de 3 à 5 centimètres de haut, enserrant le canal intestinal et rétrécissant sa lumière.

de laboratoire, certitude fournie par l'évolution et surtout par l'examen post-mortem.

Examinons cependant les éléments qui ont soutenu chaque phase de l'évolution diagnostique. Voyons ensuite les objections qu'on peut leur opposer.



La malade se présentait avec tous les caractères classiques d'un ictère par rétention, survenu progressivement après une période assez courte de douleurs violentes, précédée d'une altération discrète de l'état général avec troubles digestifs.

Lorsque chez un sujet jeune, sans passé pathologique spécial, survient un ictère franc des téguments et des muqueuses, on pense d'abord à un ictère infectieux bénin.

Il semble que ce soit le diagnostic fait par le médecin qui a vu le premier la malade. Mais, dès l'entrée à l'hôpital, la persistance et l'augmentation de cet ictère, et les phénomènes douloureux, orientèrent vers l'hypothèse d'un calcul du cholédoque. Pouvait-on à ce moment penser à une obstruction cancéreuse des voies biliaires, qu'elle fut d'origine pancréatique, vaticienne ou duodénale ?

L'âge de la malade explique que, parmi les nombreux médecins ayant vu cette malade, aucun n'ait même envisagé cette idée. Tous ces cancers sont l'apanage des gens âgés et se rencontrent déjà fort rarement à l'âge moyen de la vie. En effet, ils s'observent

surtout aux environs de la soixantaine. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas de cancer vatérien entre 30 et 40 ans et aucun autre cancer du duodénum. Les cancers du pancréas semblent peut-être plus fréquents, puisque KELLERMAN rapporte, dans une statistique de 121 cancers du pancréas, 7 cas entre 20 et 30 ans et 4 entre 10 et 20 ans.

De même une certaine prédilection apparaît manifeste pour le sexe masculin. Cependant le sexe féminin n'est pas indemne, puisque sur 21 cas de cancers vatériens rapportés par VARANGOT on compte 9 hommes et 12 femmes. On trouve également, sur 41 cas cités par le Professeur HARTMANN, une proportion de 27 cancers de la femme contre 14 de l'homme.

En somme, la notion d'âge plaiderait plutôt contre l'hypothèse d'un ictère néoplasique. Les arguments cliniques permettraient-ils de s'orienter vers un diagnostic plus exact ?

L'étude sommaire de la symptomatologie des cancers du duodénum nous fournira les bases de cette discussion. Elle nous permet, d'emblée, d'opposer deux aspects de cancers duodénaux : les cancers juxta-pylorique, juxta-jéjunal, et péri-vatérien d'une part, le cancer duodénal vatérien de l'autre.

En effet, dans le premier cas, il s'agit avant tout d'un syndrome de sténose du pylore. Les douleurs gastriques y sont particulièrement intenses, survenant 4 à 5 heures après les repas, s'accompagnant de vomissements tardifs,

mais fréquents. Parfois, un véritable syndrome de KOE-NIG vient compléter le tableau clinique et revêt alors « une valeur séméiologique indiscutable » (TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE). Ajoutons enfin à cette symptomatologie la présence d'hémorragies apparentes ou occultes qui viennent traduire le processus ulcéreux de l'affection.

A cette première catégorie de cancers duodénaux, il convient d'opposer le cancer de l'ampoule de VATER où l'on retrouve avant tout les symptômes d'une obstruction biliaire progressive. L'ictère domine en effet le tableau clinique. Tantôt il s'installe insidieusement et constitue le premier signe de l'affection. Tantôt il est précédé d'une crise douloureuse d'intensité et de durée variable, parfois extrêmement courte, et sans lendemain.

Quoiqu'il en soit, l'ictère constitue à la période d'état le symptôme dominant du tableau clinique.

C'est un ictère par rétention, avec cholurie et décoloration des matières. Parfois intermittent et facilitant les erreurs de diagnostic, il soulève alors un problème pathogénique extrêmement intéressant.

A l'inverse, cet ictère peut-être continu, augmentant chaque jour d'intensité, rappelant par sa progression l'ictère du cancer de la tête du pancréas.

Parallèlement se surajoutent des troubles digestifs plus ou moins marqués : anorexie, parfois élective pour les viandes et les graisses, diarrhée, hémorragies apparentes ou occultes, douleurs siégeant dans la région épi-

gastrique ou l'hypochondre droit. Enfin, l'atteinte de l'état général est constante, survenant plus ou moins précocement. La température traduit fréquemment par ailleurs l'infection surajoutée.

L'examen physique met enfin en évidence un signe capital : l'existence d'une vésicule dilatée, perceptible sous le rebord du foie.

Telle est en résumé la symptomatologie des cancers duodénaux. Leur étude nous permettait-elle de faire, dans le cas qui nous occupe, le diagnostic de cancer vatrien ?

Trois ordres de faits tirés de la symptomatologie, de l'examen physique et des constatations opératoires mêmes, laissaient le problème entier.

1° — L'existence d'un ictère par rétention, variable, douloureux, fébrile, survenant chez une malade de cet âge évoquait avant tout l'idée de *lithiase cholédocienne*. L'atteinte de l'état général, l'anorexie, se retrouvent avec la même constance dans le calcul du cholédoque et ne pouvaient constituer un argument important dans la discussion du diagnostic. Enfin, aucune hémorragie intestinale ne fut constatée et l'absence de ce symptôme rendait encore plus improbable l'hypothèse d'un cancer duodénal.

2° — L'examen physique n'apporta lui-même aucun élément de valeur puisque la vésicule biliaire ne fut pas perçue; et cette absence du précieux signe de COURVOI-

SIER et TERRIER facilitait singulièrement l'erreur de diagnostic.

3° — Enfin, l'*intervention* elle-même n'apporta aucune précision nouvelle, en dehors de la constatation d'une distension vésiculaire et cholédocienne.

En effet, la palpation du duodénum ne montra rien d'anormal et l'exploration des voies biliaires ne permit pas d'infirmier l'existence d'un calcul. L'induration du pancréas fut mise sur le compte d'une pancréatite associée. Les ganglions perçus furent considérés comme inflammatoires.

En somme, un cancer de ce genre, rare en soi, rare chez la femme, exceptionnel à cet âge, apparaît impossible à diagnostiquer.

Seules les méthodes de laboratoire auraient été susceptibles de donner des renseignements plus précis, quoiqu'il semble difficile de faire la différence entre cancer de la tête du pancréas, cancer de l'ampoule de VATER, cancer cholédocien et péri-vatérien.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

De l'observation qui précède, on peut déduire que le diagnostic est passé par trois phases.

On a pensé tout d'abord à un ictère infectieux prolongé : l'âge de la malade, l'absence d'antécédents lithiasiques pouvaient justifier cette hypothèse.

Mais devant l'ictère persistant, surtout avec une ascension thermique aboutissant à une fièvre oscillante, de type suppuratif, on s'est orienté tout de même vers l'idée d'un calcul du cholédoque que l'intervention n'a pas absolument infirmé.

Enfin, au dernier séjour de la malade à l'hôpital, il a fallu se rendre à l'évidence : seule une lésion cancéreuse pouvait expliquer cette évolution atypique.



Il est trop facile de critiquer des hypothèses quand on a une certitude, hypothèses suggérées pendant la vie par les examens cliniques, radiologiques et les épreuves

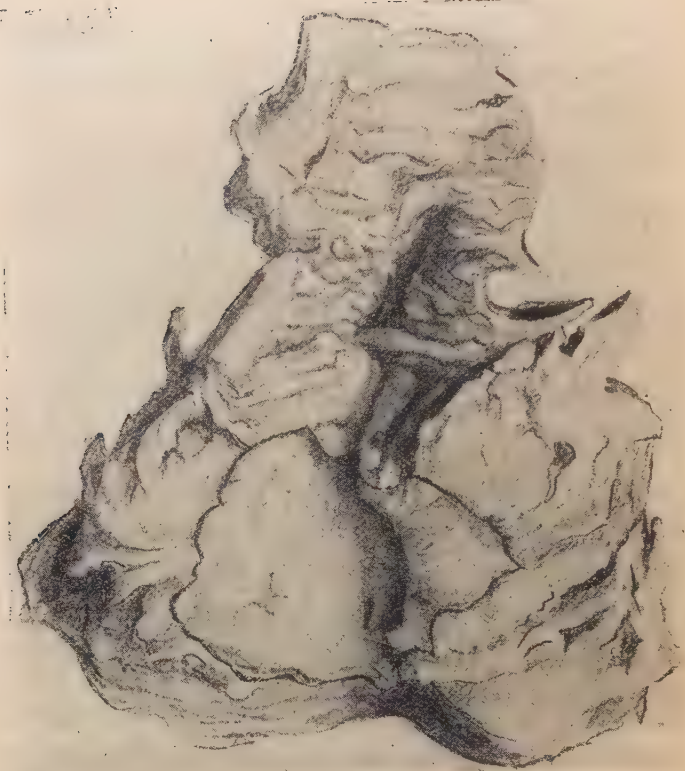


Fig. 2

Duodénum et pancréas enlevés en bloc à l'autopsie. Le duodénum, ouvert par son bord externe montre dans la deuxième portion une large ulcération, à bords à peine saillants, et qui fait presque le tour de la lumière intestinale.

Le cholédoque, très dilaté au-dessus du duodénum s'ouvre par une fente mince dans le fond de l'ulcération.

« L'infiltration peut se limiter plus ou moins longtemps à l'intestin; plus tard, elle se propage aux tissus voisins, péritoine et ganglions surtout, plus rarement à l'estomac et au pancréas. Les métastases à grande distance sont exceptionnelles ». (TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE). Quant au cancer vatérien, « il se développe, comme son nom l'indique, au niveau de l'ampoule de VATER, où se déversent la bile par le cholédoque et le suc pancréatique par le canal de WIRSUNG. Il intéresse à des degrés divers les orifices de ces conduits et doit être distingué, d'après DEVIC et SAVY, au double point de vue anatomique et clinique, du cancer périvatérien, qui se développe également sur l'ampoule, mais sans atteindre l'abouchement des deux canaux excréteurs. C'est une tumeur grosse comme une noix au maximum, sans tendance extensive, un simple nodule ulcéré et bourgeonnant, ou recouvert d'une muqueuse normale, sauf au niveau de l'orifice du cholédoque ou du canal de WIRSUNG, d'où s'échappent de fines végétations néoplasiques ». (TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE).

Dans notre cas, rien ne répond particulièrement à cette description classique. En fait, la lésion se présentait comme une vaste ulcération plate, à bords peu saillants, occupant la moitié postérieure de la face interne du duodénum, ayant fait disparaître l'ampoule de VATER, l'émergence du cholédoque n'ayant pu être retrouvée que par le cathétérisme du conduit. S'agit-il d'un cancer de

l'ampoule, envahissant la paroi du duodénum et ulcérant la muqueuse ? Il est impossible de répondre.

La structure histologique pouvait-elle apporter cette réponse ? Les cancers du duodénum n'ont pas de caractère propre qui les distingue des cancers intestinaux en général. Seuls, les cancers à type Brunnerien auraient une identité propre : mais leur existence est-elle bien prouvée ?

Quant aux cancers ampullaires, leur structure varierait suivant leur origine : ampullaires, ils seraient de type intestinal; cholédociens, on les reconnaîtrait à leurs cellules cylindriques (encore faudrait-il, d'après LETULLE, les trouver localisés en dedans des couches musculaires du duodénum) ; wirsungiens enfin ils seraient constitués de cellules cubiques. En fait, cette classification remonte à une époque où l'on croyait pouvoir trouver l'origine d'une tumeur en rapprochant sa structure de celle d'un tissu ou organe normal, et où l'on ignorait ou niait les notions de métaplasie et d'hétérotopie. On sait actuellement que des tumeurs, tout à fait différentes à l'œil nu, peuvent avoir des structures très voisines, et, inversement, que des tumeurs macroscopiquement semblables n'ont parfois aucune ressemblance histologique. On sait également que dans un même point, sur un même organe ou tissu, une tumeur, même épithéliale, peut avoir un type structural variable suivant les cas, ou même plusieurs types structuraux confondus dans un

même cas. Tout nous prouve que le processus tumoral ne respecte pas la différenciation morphologiques du tissu sur lequel il a pris naissance. Aussi est-ce un leurre de fixer à une tumeur comme celle que nous avons étudiée, une origine précise, duodénale, cholédocienne, wirsungienne, en se basant uniquement sur les données de l'examen microscopique.

**

Dans le cas présent, l'examen anatomique n'a guère ajouté à l'évolution clinique. Tout au plus à la notion ante-mortem de lésion cancéreuse, a-t-elle pu joindre celle de localisation duodénale, grossièrement visible, sans que l'étude histologique puisse mener plus loin.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons observé chez une femme de 25 ans un cancer duodéno-vatérien, révélé cliniquement par un ictère intense, sans rien qui traduise son origine exacte. L'intervention chirurgicale montra seulement une dilatation considérable du cholédoque. La cachexie qui précéda la mort imposa l'idée d'un cancer profond, sans qu'on puisse en préciser le point de départ. L'autopsie révéla, dans la deuxième portion du duodénum, une large ulcération cancéreuse englobant la terminaison du cholédoque. L'examen histologique mit en évidence la structure d'un épithélioma digestif à type intestinal cylindrique sécrétant.

II. — *Cliniquement*, l'erreur de diagnostic, donc ce cas fut l'objet, peut se justifier par l'âge de la malade. Il est regrettable que le tubage duodénal n'ait pas pu être fait, car il aurait donné des précisions utiles. Il semble cependant impossible, dans des cas de ce genre, de préciser l'origine duodénale ou vatérienne de la tumeur : cancers duodénaux péri-vatériens, cancers vatériens, ampullaires, cholédociens ou wirsungiens ont une

symptomatologie absolument identique, qu'ils partagent même avec les cancers de la tête du pancréas.

II. — *Anatomiquement* ce n'est pas la morphologie extérieure de ces tumeurs qui, dans les cas avancés, puisse permettre de préciser leur point de départ. Et si l'étude histologique montre des types cellulaires variés, cubiques, cylindriques, sécrétants ou non sécrétants, parfois végétants, on ne saurait en déduire une origine tissulaire précise, car chacun de ces types peut se rencontrer dans n'importe quelle localisation duodénale ou vaticienne, certains même dans les cancers de la tête du pancréas. pas que l'exérèse puisse donner même l'espoir d'une guérison chez une malade aussi jeune.

IV. — *Du point de vue thérapeutique*, il ne semble Le drainage de la vésicule ne paraît pas avoir accéléré l'évolution, ni l'avoir ralentie non plus.

Vu
Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu
Le Président de la Thèse :
LEROUX

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AYNAUD. — Les Cancers de l'ampoule de VATER. (*Gaz. des Hôp.* 1907, p. 807).
- BRULÉ (P.), HILLEMANT et HERRENSCHMIDT. — Deux cas de cancer de l'ampoule de VATER diagnostiqués cliniquement. (*Archives des maladies de l'app. digestif et des maladies de la nutrition*, décembre 37, p. 1046).
- CARNOT. — Les ampullomes vatriens à ictère intermittent. (*Paris Médical*, 19 mai 1928, p. 437).
- CHAMBRAS. — Les cancers de l'ampoule de VATER. (*Thèse Paris* 1906) .
- CHIRAY-BENDA-MILOCHEVITCH. — Le tubage duodénal dans le cancer de l'ampoule de VATER (*Paris Médical*, 17 mai 1924, p. 467).
- DENECHAU-TANGUY et VARANGOT. — Le cancer de l'ampoule de VATER. Etude clinique et diagnostic à propos de dix observations personnelles. (*Bul. Méd.*, n° 31 du 1^{er} août 31, p. 535).
- GIRAUD-GUIBERT (H.)-BERT et SERRE. — Etude anatomoclinique d'un cancer primitif de l'ampoule de VATER, avec hépatite dégénérative associée. (*Bul. de l'Association Française pour l'étude du cancer*, tome 28, n° 1).
- HARTMANN. — Chirurgie des voies biliaires. (*Masson et Cie Paris* 1923).

- JEANNIN et DESLANDRE. — Un cas de néoplasme de l'ampoule de VATER. (*La Bourgogne Médicale*, séance du 4 décembre 1931).
- JOSSE. — Contribution à l'étude des formes cliniques et du diagnostic des néoplasmes vatriens. (*Thèse Paris* 1928).
- LAUWERS. — Traitement chirurgical du cancer vatrien. (*Journal de Chir.*, n° 6, décembre 1933).
- LETULLE. — Les cancers primitifs de l'ampoule de VATER. (*Presse Médicale*, 21 avril 1933).
- Maurice LOEPER. — Cancers douloureux de l'ampoule de VATER. (*Le Progrès Médical*, n° 1, Janvier 1938).
- MAZFRAN. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du cancer de l'ampoule de VATER. (*Thèse de Toulouse*, 34/35).
- Noël FIESSINGER. — La forme pseudo-lithiasique du cancer de l'ampoule de VATER. (*Journal des Praticiens*, n° 33, 13 août 1929).
- OBERLING et GUÉRIN. — Cancers du Pancréas (*Bibliothèque du cancer*).
- PELNAR (J.). — Cancers of ampulla of vater (cas ofleceek 69 : 225-228).
- PIC. — Cancers primitifs du duodénum. (*Revue de Médecine*, 1894).
- SEVILEANO. — Contribution à l'étude des cancers de l'ampoule de VATER. (*Thèse Paris* 1938).
- TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE. — *Nouveau Traité de Médecine*, T. XIV, page 255).
- VARANGOT. — Contribution à l'étude clinique des cancers de l'ampoule de VATER. (*Thèse Paris* 31).



